

**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO
DO KLASY I
PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ
IM. A. GRUBBY W ZELGOSZCZY**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2026/2027 do **KLASY I**
Publicznej Szkoły Podstawowej im. A. Grubby w Zelgoszczy.

Zelgoszcz, dnia

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna